からだバランス整体院

整体 × ファスティング事前ヒアリングシート

当日のカウンセリングやアドバイスをできる限り現在の心と身体の状態に沿ったものにするためにお答えいただいております。なるべく詳しくご記入をお願いいたします。

なお、下記にお書きいただく内容は無断で第三者に開示することはございませんので安心してご記入くださいませ。

お名前：

ご年齢：

メールアドレス：

◆現在の身長、体重、体脂肪率をお分かりの範囲でご記入ください。

身長　　（　　　　　　）cm

体重　　（　　　　　　）kg

体脂肪率（　　　　　　）%

★減量や体型改善をご希望の方へ

どのくらいの数値変化をご希望かをお書きください。

体重　　　マイナス（　　　　　　）kg

体死亡率　マイナス（　　　　　　）%

★体質改善、体長改善、習慣改善をご希望の方へ

自覚症状および、どんな不調を改善したいかをお聞かせください。

（便秘、疲れやすさ、冷え症、肌荒れ、花粉症、アトピー、偏頭痛、摂食障害、喫煙、飲酒、だらだら食べ、

無気力、脱毛、むくみ、下痢、抜け毛、イライラ、不妊など、気になることがありましたらかける範囲で全て

お書きください）

◆使用なさっているお薬がありましたらお書きください。

◆現在のお悩みについてお聞かせください。

（それぞれ、思い当たる原因があれば併せてお書きください

また、その改善のために心がけていらっしゃることがあればお書きください）

・体型についてのお悩み

・体調についてのお悩み

・食事についてのお悩み

・その他、生活全般でのお悩み

◆現在の生活状況、平均的な1日の過ごし方をお教えください。

お仕事はされていますか？どのような内容ですか？

ストレスはありますか？あるとしたらどのようなストレスですか？

平均睡眠時間はどのくらいですか？

起床：　　　　　時 / 就寝：　　　　　時　　平均睡眠時間（　　　　時間）

◆普段のお食事についてお聞かせください。

規則的 / 不規則

・朝食　　　　何時　　内容：

・昼食　　　　何時　　内容：

・夕食　　　　何時　　内容：

・間食　1日（　　　）回くらい　　内容：

好物や、つい食べ過ぎてしまうものを教えてください。

食事で気をつけていらっしゃることがあれば教えてください。

◆運動はなさっていますか？　　YES／NO

・内容：

・頻度：

◆ファスティングに興味を持たれたきっかけとファスティングに期待することを教えてください。

・きっかけ：

・ファスティングに期待すること：

◆ファスティングのご経験はありますか？

ある場合、その方法（使用ドリンクなど）および得た結果とご感想をお聞かせください。

最後に・・・

理想とするご自身の状態をお教え下さい。

・体型、体調面での目標

いつまでに、どうなりたいですか？

・全体の目標

いつまでに、どうなりたいですか？

以上

ありがとうございました。

頂きましたデータをもとに、当日しっかりとカウンセリングさせていただきます。